

## P-037

### 当科加療中関節リウマチ患者でのHBV既往感染とその治療状況

大分赤十字病院 リウマチ科<sup>1)</sup>、大分赤十字病院 検査部<sup>2)</sup>

○立川 裕史<sup>1)</sup>、藤 健太郎<sup>1)</sup>、鳥越 雅隆<sup>1)</sup>、前川真貴子<sup>1)</sup>、清田 浩之<sup>2)</sup>

【背景】B型肝炎ウイルス既往感染者において、抗がん剤による化学療法や免疫抑制療法中の、B型肝炎ウイルス(HBV)再活性化の報告が蓄積され、H21年に、厚生労働省などより「免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン」が公表された。関節リウマチに代表されるリウマチ性疾患に対して、免疫抑制剤や生物学的製剤を投与した症例でのHBV再活性化の報告も散見されるようになった。しかし、HBV既往感染者へのリウマチ性疾患の治療状況に関する報告は数少ない。

【目的・方法】当科加療中の関節リウマチ患者184例を対象にHBV既往感染に関してHBs抗体、HBc抗体を調査し、その陽性率、メトトレキサート(MTX)および生物学的製剤による治療状況を調査、HBV既往感染が治療選択や継続に及ぼす影響に関して検討した。

【結果】184例中、42例 22.8%にHBV既往感染を認めた。MTXは42例中10例、生物学的製剤は15例に投与されており、HBV既往感染を認めない142例ではMTXは63例、生物学的製剤は52例に投与されており、投与率に有意差は認めなかった。既往感染症例でHBV-DNAを測定した所、MTXとインフリキシマブ(IFX)投与中の1例にHBV-DNAを認め、MTXを中止、IFXをアダリムマブに変更している。

【考察】関節リウマチ症例において、MTX、及び生物学的製剤は既往感染の有無に関わらず用いられていた。

## P-039

### 心臓リハビリテーション場面における心肺蘇生シミュレーションの取組み

北見赤十字病院 リハビリテーション科部

○庄司 寛<sup>1)</sup>、森 博子<sup>2)</sup>、佐藤佳央里<sup>3)</sup>

【はじめに】当院は2008年より心臓リハビリテーション（以下、心リハ）を開始した。心リハの運動療法は安全に実施可能であるが、不可抗力的な事故との遭遇も避けられないとされる。我々は医師や看護師が到着するまでの間、心肺蘇生を行える必要があり心肺蘇生シミュレーション（以下、蘇生訓練）を実施してきた。今回、その取り組みと課題について報告する。

【本論】蘇生訓練は患者役1名と担当技師役1名、周囲リハスタッフ役3名、アドバイザー1名構成の心リハ中を想定した場面で緊急時チャートにそって月1回実施した。JRCガイドライン2010更新に伴い胸骨圧迫の重要性が再認識されており、定期的に模擬人形を使用して胸骨圧迫のテンポと深さの確認も行った。周囲スタッフの協力、連携が重要だったためリハビリテーション科部全員での蘇生訓練も実施した。また、医療安全推進室専任リスクマネージャーと循環器内科医師に確認してもらい蘇生訓練に生かした。蘇生訓練を重ねた結果、胸骨圧迫開始まで20秒以内、AED実施に至るまで1分程度に時間が短縮された。

【まとめ】蘇生訓練開始時はAEDや救急カートの操作に不慣れがあり、想定よりも時間を要した。心停止からの生存率は1分ごとに7~10%低下するとされており、救命の連鎖Chain of Survivalの流れが確実に行われる必要があることを体験した。蘇生訓練の時間は短縮されたものの、AEDボックスの扉を開けるのに平均23.4秒を要したとの報告もあり今後、蘇生訓練に取り入れていく必要がある。心事故に備えてAED、アンビュバック等の物品整備、他部署との連携の充実を図り、緊急時チャートにそった『冷静な判断と的確な行動』が必要で、リハビリテーション科部においても日常的に蘇生訓練をする必要があると思われる。

## P-038

### 海外渡航心移植の二症例を通して

熊本赤十字病院 リハビリテーション科

○立野 伸一<sup>1)</sup>

【はじめに】本邦では、2010年7月の改正臓器移植法全面施行にて、臓器提供の年齢制限が事実上撤廃され、15歳未満の小児からの脳死後の臓器提供が可能になった。しかし、大人と比べて提供者が少なく、移植待機中に必要な小児用の補助人工心臓が国内で未承認であるなど、実現への課題が多く残されている。今回、海外渡航心移植後の十歳代二症例の心リハを通し、移植前後の運動耐容能を中心とした評価結果を報告すると共に、移植医療推進への役割について私見を述べてみた。

【症例・経過】症例1、14歳女性、左冠動脈右バルサルバ洞起始症による心筋梗塞、重症心不全にてTOYOBO-LVAD植え込み術施行例。症例2、18歳男性、X連鎖性拡張型心筋症(XLDCM)による重症心不全。両者ともドイツ、パドューンハウゼン心臓センターにて2011年9月と2009年5月にそれぞれ心臓移植術施行し帰国後心リハ継続。

【方法】運動耐容能は、エルゴ運動負荷試験にて到達METs、Double Product、心拍応答速度:時定数(τ on, τ off)を評価。筋出力分析は、BIODEX System3にて60,180deg/secにおける Peak Torque、Peak Torque-%BW、Max Top Work(J)を解析。

【結果】症例1は、10.1METs、DP:20200、τ on:400sec、τ off:998sec。Peak Torque:57.1、34.8N-M、Peak Torque-%BW:142.9%、84.5%、Max Top Work(J):48.3J、23.4J。症例2は、8.4METs、DP:24000、τ on:483sec、τ off:820sec。197.2、109.6N-M、297.5%、165.3%、171.7J、81.8Jであった。

【考察】症例1にて心拍応答反応は徐神経心のパターンを示したが、両症例とも拒絶反応なく順調に8METs以上を獲得できていた。筋出力は標準値前後の値を症例2は記録、症例1は既に標準値の60%に到達し、運動パフォーマンスの向上が期待された。

【結語】生命維持困難な患者が、短期間にスポーツ可能レベルの運動耐容能を獲得できる移植医療の素晴らしさに触れ、本邦での移植医療システムに目を向け、我々が出来る事は何か、自己に問いかける機会を与えてくれた。

## P-040

### 当院における心臓リハビリテーションの現状

福岡赤十字病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>、

循環器内科<sup>2)</sup>、心臓血管外科<sup>3)</sup>、看護部<sup>4)</sup>

○福原 正貴<sup>1)</sup>、三好 剛史<sup>1)</sup>、末松 延裕<sup>2)</sup>、宮本 和幸<sup>3)</sup>、脇本 育美<sup>4)</sup>

【はじめに】当院は地域の中核的役割を担う509床の急性期病院である。平成18年度より心臓リハビリテーション（以下心リハ）を開始し、以後対象疾患の拡大や業務見直しを図りながら6年が経過した。今回、その経過と現状及び今後の課題について報告する。

【経過・現状】平成18年度から循環器内科・心臓血管外科医師各1名・理学療法士（以下PT）1名・看護師1名で心リハを開始した。当初は急性心筋梗塞や狭心症を対象に心リハを行い、年々対象疾患を拡大し患者数・収益が増加した。平成22年度からPTを2名に増員して患者数・収益はさらに増加した。平成23年度の心リハ患者は467名（平均年齢76.0±11.7歳）であった。当院の心リハの特徴として、(1)PTが病棟専属で、1患者につき2回/日心リハを実施していること。(2)心リハ担当看護師が毎日参加し患者のリスク管理や急変時の対応を行い、また患者の生活習慣などの情報を把握し生活指導を行っていること。(3)ADL向上のための練習を中心に行い、各患者に合った運動強度を設定していることが挙げられる。

【課題】(1)心不全患者の再入院率が12%と高く、再発予防のため継続した患者指導を行う必要がある。(2)心リハ患者数は増えたが、高齢者などの活動性が低い患者が多くなり、これらの患者層に対する心リハのあり方を再検討する必要がある。

【今後に向けて】当院は平成25年度より新棟開設に伴い新体制で心リハを行うことになる。これを機会に心リハ外来を開設し、2次予防を行う予定である。また患者個人のADLや病状に合わせたきめ細かいプログラムや患者指導を行い、質の高い心リハを提供していきたいと思っている。